

**GOVERNMENT OF ANDRHA PRADESH
ABSTRACT**

A.P.G.L.I. Department – Recommendations of the Committee on simplification of Procedures in the Directorate of Insurance - Modification of common proposal form in lieu of fresh and enhancement proposal forms – Orders – Issued.

FINANCE (ADMN.II) DEPARTMENT

G.O.Ms.No. 189

**Dated: 10-07-2013.
Read the following:-**

1. G.O.Ms. No. 105 Finance & Planning (FW.Pen.II) Department, dated 11-05-1981.
2. G.O.Ms.No. 17 Finance & Planning (FW.Pen.II) Department, dated 02-02-1982.
3. G.O.Ms.No. 43 Finance & Planning (Fw.Admn.III) Department, dated 28-1-1989.
4. G.O.Ms.No.368 Finance & Planning (Fw.Admn.II) Department, dated 15-11-1994.
5. G.O.Ms.No. 106 Finance & Planning (FW.Admn.II) Department, dated 15-04-1995.
6. G.O.Ms.No. 29 Finance & Planning (Fw.Admn.II) Department, dated 30-01-2009.
7. G.O.Ms.No. 231 Finance & Planning (Fw.Admn.II) Department, dated 28-06-2010.
8. G.O.Ms.No. 83 Finance (Admn.II) Department, dated 07-01-2013.
9. Submission of Report of the Committee on simplification of Procedures in the Directorate of Insurance, dated 27-02-2013.
10. Director of Insurance, A.P., Hyderabad letter No. 01/General-1/2012-2013, Dated: 21-03-2013.

ORDER :

In the Government order 1st read above, the Government have constituted a Committee to study the possibilities of simplification of procedures and efficient functioning of the Department to render quick service to the Policy holders.

2. In the reference 9th read above, the Committee has submitted a report to the Government, wherein recommended that the form prescribed for submitting the proposal may be simplified by seeking only relevant information with regard to the date of appointment into Government Service, Pay, Subscription opted, health status and nomination and to dispense with the practice of seeking certain information regarding Women Employees.

3. In the reference 10th read above, the Director of Insurance has stated that the Committee in its reports has recommended for deletion of Women column stating that the information regarding last date of menstruation, regularity of periods, year of last confinement miscarriages and whether she is currently pregnant or not. These details are not relevant to the health status of women employees. Further, the information sought is very intrusive. The practice of seeking such information may be dispensed with.

4. Government after careful examination of the recommendations of the Committee and as per the request of the Director of Insurance, Government hereby permit to delete the Women Column from the existing proposal form and use the new proposal form annexed to this order which is more convenient and proponent friendly useful existing to the software system.

:: 2 ::

5. The Commissioner of Printing and Stationery, Hyderabad is requested to arrange for printing and supply of modified Proposal Form to the various departments against their indents and a copy of the revised Pro-forma is available in A.P.G.L.I. Web site for down loading.

6. All the Departments of Secretariat / Heads of Departments are requested to issue suitable instructions to all their subordinates to ensure that all eligible employees (in the age group of 21 to 53 years) are brought under the Andhra Pradesh Government Life Insurance Scheme.

7. Copy to this order is available on Internet and can be accessed at address <http://WWW.ap.gov.in.goir>.

(BY ORDER AND IN THE NAME OF THE GOVERNOR OF ANDRHA PRADESH)

Dr. P.K.MOHANTHY
CHIEF SECRETARY TO GOVERNMENT

To

The Director of Insurance, A.P., Hyderabad.

All Departments of Secretariat.

All Heads of Departments.

The Director of Treasuries and Accounts, A.P., Hyderabad.

The Pay and Accounts Officer, A.P., Hyderabad.

The Registrar, High Court of A.P., Hyderabad.

The Secretary, A.P.P.S.C., Hyderabad.

The District Collectors / Superintendents of Police.

All Distinct Judges.

All District Treasury Officers,

The Chairman, A.P., Housing Board, Hyderabad.

The Chairman, Tribunal for Disciplinary Proceedings, Hyderabad.

The Commissioner of Printing Stationery and Stores Purchases Dept.,
for publication in the A.P. Gazettee.

Copy to

SF/SCs.

//FORWARDED:: BY ORDER //

SECTION OFFICER



DIRECTORATE OF INSURANCE
దైరక్తరేట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్
GOVERNMENT OF ANDHRA PRADESH
ఆంధ్ర ప్రదేశ్ ప్రభుత్వము
HYDERABAD
హైదరాబాద్

(Contd – 2)

13. Have you in the preceeding (3) years been absent on Leave on Medical Grounds for more than (10) days at a time ? If Yes, give details

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

గత మూడు సంవత్సరాలలో ఏడు వైద్య కారణాల పై ఒకేసారి (10) రోజులకు పైగా సెలవు పై గైరుహాజరయ్యారా ? అయితే ఆ ఏడాదులు తెలపండి

14. 1. Have you ever suffered from any of the following Diseases :-

ఈ క్రింది పేర్కొన్న వ్యాధులలో దేనితోనైనా ఏడు ఎప్పుడైనా బాధపడ్డారా ?

ఎ. Heart Ailment గుండెవ్యాధి

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

బి. Kidney మూత్రపిండం

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

సి. Cancer క్యాన్సరు

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

డి. Lungs ఊపిరి తిత్తులు

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

2. If Yes, give details of Disease, duration and Treatment received

సమస్యను అవును అయిన, వ్యాధి ఏడాదులు, చికిత్స తీసుకొనిన వైద్య పేవల ఏడాదులు తెలపండి

--

15. Are you a physically challenged person. If so, enclose Certificate issued by a Competent Authority

ఏడు ఏదైనా శారీరక లోపంగాని వైద్యులంగాని ఉన్నట్లయితే అట్టి అంగవైకల్యం ఏడాదులు తెలపండి, వైద్యాధికారి జారీ చేసిన అంగవైకల్యం ధృవపత్రాన్ని సమర్పించండి

Yes / అవును	No / కాదు
-------------	-----------

16. If already insured

ఇదివరకే బీమా చేసిఉన్నచో

Policy No.

పాలసీ నెం.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Monthly Premium

నెలసరి ప్రీమియం మొత్తం

₹

17. Proposed Monthly Premium

ప్రతిపాదించిన నెలసరి ప్రీమియం

₹

18. Month and Year of Recovery

తగ్గింపు జరిగిన నెల మరియు సంవత్సరం

--

--

19. Mobile No. మొబైల్ నెం.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. Email Address ఇమెయిల్ చిరునామా

--

21. Aadhar Card No. ఆధార్ కార్డ్ నెం.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

22. Employee ID No. ఉద్యోగి గుర్తింపు నెం.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. Major Head పెద్ద పద్దు

--	--	--	--	--

Try. D. D. O. Code (ట్రైజరీ డి. డి. ఓ. కోడ్)

--

ప్రతిపాదకుని రూఢి ప్రకటన

Declaration by the Proponent

‘ప్రశ్నలను పూరిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను పైన తెలిపిన ఏడాదులు ఇవ్వడమయింది. అ ఏ నాస్వదస్థురితో వ్రాపించినను కాకపోయినను ప్రతి అంశం యధార్థం, సమగ్రం, సంపూర్ణం అయినవనియు ఏ పరిస్థితులకు సంబంధించి నేను సమాచారము అందచేయవలసియున్నచో ఆ పరిస్థితులను విలిపివేయలేదనియు లేదా రహస్యంగా వుంచలేదనియు నేను ఇందు మూలముగా ప్రకటించుచున్నాను. పై ఏడాదులు మరియు ఈ ప్రకటన బీమా కొరకు ప్రతిపాదించిన ఒప్పందానికి ప్రాతిపదికలుగా వుండాలనియు నేను బుద్ధిపూర్వకంగా, ఏదైనా సత్య దూరమైన ఏడాదులు చేసినట్లుగాని, తెలియపరచవలసివున్న ఏదైనా పరిస్థితిని మోసపు బుద్ధితో దాచి వుంచినట్లుగాని, ఇందుప్రకటన కనుగొన్న యెడల సదరు కాంట్రాక్టు క్రింద చెల్లించియున్న ప్రీమియములన్నింటిని కోల్పోవలెననియు, ఆ ఒప్పందం సంపూర్ణంగా రద్దు కావలసనియు నేను ఒప్పుకొనుచున్నాను.’

"I do hereby declare that the foregoing details and Answers have been given by me after fully understanding the questions, the same are true, full and complete whether written in my own hand writing or not in every particular and that I have not withheld or concealed any circumstances with regard to which information has been required from me. I agree that the foregoing statements and declaration shall be the basis of the proposed contract for an Insurance and that if it shall hereafter appear that I have willfully made any untrue statement or have fraudulently concealed any circumstances which I ought to have made known then all the Premia which shall have been paid under the said contract shall be forfeited and the contract rendered absolutely null and void."

తేది
Date

జీత పీమా చేయదలచిన వ్యక్తి సంతకం
Signature

ప్రతిపాదన పై ఏ అధికారి సమక్షంలో సంతకం చేయబడినదో ఆ అధికారి ధృవీకరణ పత్రం
CERTIFIED BY OFFICER BEFORE WHOM THE PROPOSAL IS SIGNED

పైన పేర్కొన్న పరీక్షలు ఖరారు పరిమైనవనియు, ప్రతిపాదకుడు నా సమక్షంలో సంతకం చేసినాడనియు నేను ధృవపరుస్తున్నాను. నూతన / అదనపు పీమా విధిత్వము తగ్గింపు చేసిన మొదటి ప్రీమియం రూ. _____ మరియు మొత్తము రూ. _____ (ఇది వరకే తగ్గింపు చేసిన మరియు ప్రస్తుత ప్రీమియం కలుపుకొని) _____ నెల మరియు _____ సంవత్సరము వేతనము నుండి తేది _____ గల టోకన్ నెంబరు _____ ద్వారా పసూలు చేయదలచుచున్నది.

I certify that the service particulars stated above are correct and the Proponent's Signature has been affixed in my presence. The First Premium recovered for fresh /subsequent Insurance is ₹ _____ in all ₹ _____ (including previous and present Premium) from the pay of _____ month and _____ year, vide token No. _____ dated _____

స్థలం
Station

తేది
Date

సంతకము
ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి (ఆహారణ మరియు బట్వాడ అధికారి గజెటెడ్ కాని యెడల ఆ పై గజెటెడ్ అధికారి సంతకము చేయవలయును. మరియు స్వీయ ధృవీకరణ చెల్లదు.)

For OFFICE USE

O.R.()	
Supdt.	DIO

Signature
Drawing and Disbursing Officer (If DDO is not gazetted, it should be countersigned by next Gazetted Officer and Self Attestation is not acceptable)

హోదా
Designation
కార్యాలయ ముద్ర
Office Seal